



**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
MODULO PER CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELL'ATS DI BRESCIA**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia di _____ il _____
residente nel Comune di _____ provincia di _____
in via _____

iscritto/a negli elenchi assistiti della ASL/ATS di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

l'iscrizione negli elenchi degli assistiti di codesta ATS di Brescia per un periodo di mesi _____

per se stesso

per i seguenti familiari a carico _____

DICHIARA

di essere domiciliato/a nel Comune di _____

in via _____ Telefono _____

per motivi di lavoro:

- Se dipendente indicare estremi identificativi del datore di lavoro e data di scadenza del contratto

- Se lavoratore autonomo indicare sede e tipologia dell'attività

per motivi di studio _____

(indicare estremi della scuola/corso universitario)

per motivi di salute _____

(indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e successive integrazioni, D.M. 279/01 e/o il codice dell'esenzione per invalidità)

età >75 anni _____

inserimento in Comunità protetta presso _____

minori in affidamento/in attesa di adozione _____

Data _____

Firma _____

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016).

Firma _____